

2024-2025 Aplicação doméstica para refeições escolares gratuitas e com preço reduzido de Somerville, Massachusetts

Complete uma aplicação por agregado familiar. Por favor, use uma caneta (não um lápis).

PASSO 1

Liste **TODOS** os membros do agregado familiar que são bebês, crianças e estudantes até e incluindo a terceira série do Ensino Médio (se são necessários mais espaços para nomes adicionais, anexe uma outra folha de papel)

Definição de Membro do agregado familiar: "Qualquer um que vive com você e compartilha as receitas e despesas, mesmo que não tenha grau de parentesco".

Crianças em orfanato e crianças que atendem à definição de **sem-teto, migrantes ou fugitivas** são elegíveis para receber refeições gratuitas. Leia **Como se cadastrar gratuitamente e Refeições escolares com preço reduzido** para mais informações.

Primeiro nome da criança

Sobrenome
Série

Último nome da criança

Nome de escola
para cada criança

Estudante?
Sim Não

Sem-teto,
migrante,
criança
adotada
fugitiva

Marque tudo que se

PASSO 2 Quaisquer membros do agregado familiar (incluindo você) participam atualmente de um ou mais dos seguintes programas de assistência: SNAP, TANF ou FDPIR?

Se **NÃO** > Vá para o PASSO 3.

Se **SIM** > Escrever um número de caso aqui, em seguida vá para o PASSO 4 espaço. **(Não complete o PASSO 3)**

Número do processo:

Escreva apenas um número de caso neste

PASSO 3 Informe a renda de TODOS os membros do agregado familiar (pule este passo se você respondeu "Sim" no PASSO 2)

A. Renda da criança

Às vezes, crianças no agregado familiar ganham ou recebem renda. Por favor, inclua a renda total recebida por todos os membros do agregado familiar listados no PASSO 1 aqui.

Renda da criança

Com que frequência?
Semana Quinzena 2 vezes por Mensal

B. Todos os membros adultos do agregado familiar (incluindo você)

Liste todos os membros do agregado familiar não listados no PASSO 1 (incluindo você), mesmo se eles não recebem renda. Para cada membro do agregado familiar indicado, se eles recebem renda, informe a renda total bruta (antes de impostos) para cada fonte em dólares inteiros (sem centavos) somente. Se eles não recebem renda de qualquer fonte, escreva "0". Se você digitar "0" ou deixar quaisquer campos em branco, você está certificando (prometendo) que não há renda para informar.

Nome dos membros adultos do agregado familiar (primeiro e último)	Com que frequência? Rendas do trabalho				Assistência Pública/Apoio à Criança/Pensão alimentícia				Pensões/Aposentadoria/Todos as outras rendas									
	Semana	Quinzena	2 vezes por	Mensal	Semana	Quinzena	2 vezes por	Mensal	Semana	Quinzena	2 vezes por	Mensal						
<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total de membros do agregado familiar (crianças e adultos) <input type="text"/> <input type="text"/>					Quatro últimos dígitos do número de segurança social (SSN) do assalariado primário ou outro membro adulto do agregado familiar <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>													

Marque se não houver SSN

PASSO 4 Informações de contato e assinatura de adulto

"Eu certifico (juro) que todas as informações sobre esta aplicação são verdadeiras e que todas as rendas estão informadas. Eu entendo que esta informação é dada em conexão com o recebimento dos recursos Federais, e que os funcionários da escola podem averiguar (verificar) as informações. Estou ciente de que caso eu tenha fornecido informações falsas, meus filhos podem perder benefícios alimentares, e eu posso ser processado sob as leis estaduais e federais aplicáveis".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endereço (se disponível)	Apto nº	Cidade	Estado	CEP	Telefone diurno e e-mail (opcional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome impresso do adulto assinando o formulário	Assinatura do adulto		Data de hoje		

INSTRUÇÃO

Fontes de

Fonte de renda para crianças	
Fontes de renda da criança	Exemplo(s)
- Renda do trabalho	- A criança tem um emprego regular de período integral ou meio-período onde ganha um ou mais salários
- Seguro Social - Pagamentos de deficiência - Pensão de sobrevivência	- Uma criança é cega ou possui deficiência e recebe benefícios da Previdência Social - Um parente está desativado, aposentado, ou falecido, e seu filho recebe pensões da previdência social
- Renda da pessoa fora do agregado família	- Um membro familiar ou amigo(a) dá dinheiro para a criança gastar criança regularmente
- Renda de qualquer outra fonte	- A criança recebe renda regular de um fundo de pensão privado, anuidade, ou de trust

Fonte de renda para adultos		
Rendas do trabalho	Assistência Pública/Pensão	Pensões/Aposentadoria/To das as outras
- Ordenado, salários, bônus em dinheiro - Lucro líquido de auto-emprego (fazenda ou negócio) Se você está no Exército dos EUA: - Remuneração base e bônus em dinheiro (NÃO inclui pagamento de combate, FSSA ou subsídios de habitação privatizados) - Subsídios de habitação fora da base, alimentação e vestuário	- Seguro desemprego - Compensação do trabalhador - Renda suplementar de segurança (SSI) - Assistência de dinheiro do Estado ou governo local - Pagamentos de pensão alimentícia - Pagamentos de apoio à criança - Benefícios a veteranos - Benefícios da greve	- Segurança Social (incluindo aposentadoria de ferrovia e seguro de pneumoconiose de mineiros de carvão) - Previdência Privada ou benefícios de deficiência - Renda regular de trusts ou propriedades - Anuidades - Renda de retorno de investimento - Juros ganhos - Renda de aluguel - Pagamentos regulares

OPCION

Identidades étnicas e raciais das

Somos obrigados a solicitar informações sobre a raça de seus filhos e etnia. Esta informação é importante e ajuda a ter certeza de que nós estamos servindo plenamente nossa comunidade. A resposta a esta seção é opcional e não afeta a elegibilidade de seus filhos para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido.

Raça (marque um): Hispânica ou Latina Não Hispânica ou Latina

Raça (marque um ou mais): Índia americana ou nativa do Alasca Asiática Americana negra ou africana Nativa do Havai ou de Outra Ilha do Pacífico Branca

A Lei do Almoço Escolar Nacional de Richard B. Russell exige a informação nesta aplicação. Você não tem que fornecer a informação, mas se não o fizer, não poderemos aprovar seu filho para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido. Você deve incluir os quatro últimos dígitos do número do seguro social do membro adulto do agregado familiar que assina a aplicação. Os quatro últimos dígitos do número de segurança social não é necessária quando você faz o cadastro em nome de um filho adotivo ou lista um número de processo de Programa de Assistência de Nutrição Suplementar (SNAP), Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) Programa ou Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR) ou um outro identificador de FDPIR para o seu filho ou quando você indicar que o membro adulto do agregado familiar que assina a aplicação não tem um número de segurança social. Usaremos suas informações para determinar se o seu filho é elegível para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido, e para a administração e execução dos programas de almoço e café da manhã. Nós PODEMOS compartilhar suas informações de elegibilidade com educação, saúde e programas de nutrição para ajudá-los a avaliar, financiar, ou determinar benefícios para os seus programas, auditores para avaliação de programas; e com autoridades policiais para ajudá-los a analisar violações de normas do programa.

De acordo com a lei de direitos civis Federais e do Departamento de Agricultura (USDA), regulamentos relativos aos direitos civis e políticas, o USDA, as suas agências, escritórios e funcionários, e as instituições que participam ou que administram programas do USDA estão proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, deficiência, idade ou represália ou retaliação a atividade antes dos direitos civis em qualquer programa ou atividade realizada ou financiada pelo USDA.

As pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para informação do programa (por exemplo Braille, letras grandes, fita de áudio, linguagem gestual americana, etc.), devem entrar em contato com a Agência (Estado ou local) onde se cadastraram para benefícios. Os indivíduos que são surdos, com deficiência auditiva ou têm dificuldades de fala podem entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de retransmissão em (800) 877-8339. Além disso, informações sobre o programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do Inglês.

Para registrar uma queixa de programa de discriminação, preencha o formulário de queixa de discriminação do programa USDA, (AD-3027) encontrado on-line em: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta dirigida ao USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamação, ligue para (866) 632-9992. Envie seu formulário ou carta completa para USDA por:

Correio: Departamento da Agricultura dos EUA
Gabinete do Secretário Adjunto de Direitos Civis
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
fax: (202) 690-7442; ou
email: program.intake@usda.gov.
Esta instituição é um provedor de igualdade de oportunidades.

Não preencha

Somente para uso escolar

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income

How often?
 Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly

Household size

Categorical Eligibility

Eligibility:
 Free Reduced Denied

Determining Official's Signature Date

Confirming Official's Signature Date

Verifying Official's Signature Date